APPROCHE ADAPTÉE À LA PERSONNE ÂGÉE EN MILIEU HOSPITALIER

SOMMEIL

INSOMNIE



INSOMNIE

DÉFINITIONS

L'INSOMNIE

L'insomnie se caractérise par la difficulté à s'endormir, à demeurer endormi et à se sentir reposé après le sommeil (non réparateur depuis au moins 1 mois). L'insomnie est un symptôme, il faut donc en rechercher sa ou ses causes.

L'insomnie peut être transitoire, de courte durée (moins d'un mois) et peut même devenir chronique (plus d'un mois).

Il existe plusieurs formes d'insomnie :

- Insomnie intermittente : endormissement facile, mais un maintien difficile du sommeil;
- Insomnie initiale : difficulté d'endormissement, mais sans trouble de maintien du sommeil;
- Insomnie de fin de nuit : réveils involontaires et prolongés du matin.

Comparativement aux adultes plus jeunes, les adultes âgés prennent souvent plus de temps à s'endormir, subissent une diminution de l'efficience du sommeil (définie comme la quantité de sommeil par rapport au temps passé au lit), connaissent plus d'éveils nocturnes et se réveillent aussi plus tôt le matin. Avec le vieillissement, le sommeil profond s'abrège et on observe une augmentation des éveils qui amènent les personnes âgées à se plaindre de ne pas dormir ou d'avoir un mauvais sommeil. Les plaintes d'insomnie se multiplient avec le nombre de maladies rapportées, la polymédication, les atteintes cognitives, la dépression, l'anxiété, l'abus de substance et l'inactivité physique. La somnolence de jour est associée à une plus grande atteinte fonctionnelle et cognitive, elle dénote un désordre du sommeil et constitue un risque majeur d'accident automobile.

Au grand âge, l'insomnie est souvent associée à une consommation de somnifères utilisés sur une base chronique. Il faut toutefois se garder de toute tentative de sevrage brusque de ceux-ci, on risquerait l'apparition d'insomnie rebond. L'insomnie chez les aînés est l'indice d'un mauvais état de santé et d'une qualité de vie perturbée. Environ 40 à 60 % des personnes âgées hospitalisées se plaindraient de ce problème.

FACTEURS DE RISQUE DE L'INSOMNIE CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

- **Principales causes de l'insomnie**
  - » **Facteurs environnementaux**
  - » Bruits ambiants, chariots de traitement, luminosité, ronflements d'un autre patient, va-et-vient du personnel; discussions dans le corridor, système de cloches d'appel, talons bruyants, etc.

- **Habitudes de vie**
  - » Changement d'horaire, changement de saison, manque d'exercice, siestes diurnes trop longues, coucher trop tôt, boissons stimulantes (café, thé, cola), repas copieux avant de se coucher ou activités stimulantes.

- **Médicaments**
  - » Effets secondaires : antidépresseurs, psychostimulants, diurétiques, bêtabloquants, inhibiteurs de l'acétylcholinestérase, etc.;
  - » Posologie des médicaments : dose et horaire de la prise;
  - » Durée d'utilisation des somnifères sous ordonnance ou en vente libre;
  - » Sevrage intentionnel ou non intentionnel de somnifères;
  - » **Usage chronique** (> 1 an) **des benzodiazépines et agonistes aux récepteurs benzodiazépines :**
    - ▪ Sont les médicaments les plus souvent prescrits au Canada pour traiter l'insomnie,
    - ▪ Sont efficaces à court terme (pour diminuer le délai d'endormissement et augmenter la durée totale du sommeil),
    - ▪ Diminuent également le sommeil profond (stades 3 et 4) et augmentent l'activité rapide des ondes cérébrales : **donc augmentent la durée du sommeil, mais en diminuent la qualité**,
    - ▪ Entraînent une tolérance et perdent leur efficacité avec l'usage prolongé (> 2 semaines consécutives,
    - ▪ Augmentent les risques d'effets indésirables sur les fonctions cognitives, les chutes, les interactions médicamenteuses et l'apnée du sommeil;

- **Problèmes de santé physique**
  - » Syndrome d'apnée du sommeil (associé aux myopathies, myasthénie grave, AVC, etc.);
  - » Syndrome des jambes sans repos, impatiences musculaires;
  - » Douleur rhumatismale et d'autre origine, ex. : arthrose, neuropathie, etc. (douleur aiguë et chronique);
  - » Diabète (polyurie nocturne), hyperthyroïdie, vessie hyperactive, nycturie;
  - » Asthme, broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), insuffisance cardiaque, tachycardie, angor;
  - » Reflux gastro-oesophagien, désordres intestinaux, prurit, sueurs nocturnes;
  - » Démence (avec inversion du cycle éveil-sommeil ou cycle irrégulier).

- **Problèmes de santé mentale ou psychologiques**
  - » Dépression, trouble anxieux, maladie bipolaire;
  - » Stress, deuils multiples, peur de mourir, anticipation d'une nuit sans sommeil.

SIGNES ET SYMPTÔMES DE L'INSOMNIE ET DES DÉSORDRES DU SOMMEIL

- Retard à l'endormissement, réveils fréquents pendant la nuit, réveil prématuré;
- Sensation de fatigue au réveil, fatigue, somnolence diurne, léthargie durant la journée;
- Ronflements, réveils la nuit avec sensation d'étouffer, apnées avec respiration de type Cheynes-Stokes, activités motrices ou verbales durant le sommeil, chutes du lit;
- Irritabilité, humeur dépressive, anxiété extrême, baisse de l'attention;
- Hypersensibilité au froid, à l'inconfort physique et à la douleur;
- Quantité totale de sommeil réduite/24 heures (à titre indicatif, une nuit normale se situe entre 6 et 8 heures).

ÉVALUATION CLINIQUE SYSTÉMATIQUE (INITIALE)

Dépistage et prévention de l'insomnie chez l'ensemble de la clientèle âgée.

1 ÉLÉMENTS PHYSIQUES

- **Besoins de sommeil et de repos de la personne à l'hôpital**
  - Satisfaction du sommeil selon la personne, indication s'il y a eu des changements;
  - Heure du coucher, heure du lever;
  - Temps passé au lit, temps de sommeil (durée normale de sommeil varie entre 6 à 8 heures, y compris les siestes);
  - Siestes diurnes (nombre, durée et moment), épisodes incontrôlés de somnolence ou siestes non désirées ou excessives;
  - Routine ou rituel lors de l'installation pour la nuit;
  - Réponse aux besoins physiques de base (au coucher et durant la nuit).

- **Continence nocturne**
  - Fréquence et heure des nycturies ou incontinences la nuit;
  - Mode d'élimination la nuit (utilise la toilette, bassine, chaise d'aisance, etc.);
  - Assistance la nuit (besoin d'aide : seul, stimulation ou rappel, aide partielle ou totale);
  - Profil d'hydratation en soirée;
  - Consommation quotidienne de boissons stimulantes, irritantes pour la vessie ou contenant de la caféine;
  - Effets de la médication sur l'élimination vésicale (diurétiques, etc.);
  - Recherche des causes possibles (cf. fiche Incontinence urinaire).

- **Présence et soulagement de la douleur (aiguë ou chronique)**

- **État de la respiration lors du sommeil**
  - Observer s'il y a des ronflements ou une respiration de type Cheynes-Stokes ou des éveils avec sensation d'étouffer.

- **Tonus et état général lors du sommeil**
  - Observer s'il y a une agitation durant le sommeil (gestes brusques, vocalisations, chute du lit);
  - S'enquérir si le patient ressent des sensations désagréables aux jambes et s'il a besoin de les bouger;
  - Observer si les membres exécutent des mouvements répétitifs durant le sommeil.

- **Usage de somnifères ou d'autres médicaments en vente libre pour traiter l'insomnie**
  - Identification de la médication et posologie;
  - Début de la médication;
  - Efficacité, accoutumance;
  - Effets secondaires.

2 ÉLÉMENTS PSYCHOSOCIAUX ET HABITUDES DE VIE

- **Habitudes d'hydratation et d'alimentation**
  - » Certains aliments (quantité, qualité) pris au souper ou avant de dormir pouvant créer de l'inconfort;
  - » Prise de boissons caféinées (café, thé noir, thé glacé, cola, etc.) ou alcool et horaire.

- **Éléments psychologiques ayant un impact sur le sommeil et le repos**
  - » Anxiété: (peur de mourir, d'être hébergé, préoccupations, anticipations négatives, mauvaises nouvelles, sentiment de solitude ou d'abandon, etc.);
  - » Découragement devant la douleur.

3 ÉLÉMENTS ENVIRONNEMENTAUX

- **Installation**
  - » Confort (installation au coucher, couvertures supplémentaires, aération et température de la chambre, obscurité, etc.);
  - » Heure de mise au lit trop précoce.

- **Milieu ambiant**
  - » Bruit ambiant (va-et-vient dans la chambre, activités au poste des infirmières, circulation dans les corridors, activités des voisins dans la chambre, etc.);
  - » Éclairage (veilleuse près du lit et dans la salle de bain, utilisation d'une lampe de poche ou d'une lumière d'appoint pour les visites au chevet, etc.).

INTERVENTIONS PRIORITAIRES

1 ÉLÉMENTS PHYSIQUES

- **En cas de nycturie ou d'incontinence urinaire la nuit (cf. fiche Risque d'incontinence)**

- **En cas de douleur**
  - » Soulager la douleur par des médicaments à plus longue durée d'action pour la nuit;
  - » Offrir un analgésique PRN 30 minutes avant de se coucher, de manière à réduire au maximum la douleur et faciliter l'endormissement;
  - » Tenter de regrouper les soins, les traitements et la médication, de manière à permettre à la personne de dormir avec le minimum d'interruptions.

2 ÉLÉMENTS PSYCHOSOCIAUX ET HABITUDES DE VIE

- **Rappeler les principes d'hygiène favorisant le sommeil (cf. annexe 1)**

- **Habitudes d'hydratation et d'alimentation**
  - » Offrir de légers repas assez caloriques, mais faciles à digérer au souper;
  - » Proposer un verre de lait chaud ou un produit à base de lait en début de soirée (potage, crème-dessert à base de lait ou de tapioca);
  - » Recommander les tisanes relaxantes (camomille) ou un verre d'eau chaude en début de soirée;
  - » Offrir aux personnes qui se lèvent ou qui errent la nuit (personne atteinte de démence) une collation assez consistante (un verre de lait avec un sandwich ou des fruits);
  - » Amener la personne à la toilette avant de se coucher;
  - » Éviter de fumer quelques heures avant le coucher.

- **Expression des émotions**
  » Adopter une approche sécurisante, expliquer ou orienter régulièrement.

3 ÉLÉMENTS ENVIRONNEMENTAUX ET MATÉRIEL ADAPTÉ

- **Confort**
  » Fournir un endroit calme, bien aéré, avec une température modérée;
  » S'assurer d'une installation confortable au lit, offrir une couverture supplémentaire, etc.

- **Éclairage la nuit**
  » Fermer les stores ou les rideaux de la chambre au coucher;
  » Tamiser l'éclairage dans les corridors et allumer les veilleuses;
  » Utiliser des lampes de poche pour faire les visites de vérification ou de surveillance;
  » Éviter d'allumer les lumières du plafond de la chambre pour effectuer un soin ou un traitement, employer davantage un éclairage localisé.

- **Bruit dans les chambres en soirée et la nuit**
  » Demander aux personnes d'utiliser des écouteurs pour écouter la télé, offrir des bouchons pour les oreilles;
  » Rappeler aux visiteurs l'importance de réduire les bruits (besoin de repos ou de sommeil réparateur);
  » Fermer la porte de la chambre si possible;
  » Préparer à l'avance les accessoires nécessaires (chaise, bassine, etc.) afin d'éviter les grandes manœuvres bruyantes la nuit.

- **Bruit dans les corridors en soirée et la nuit**
  » Parler moins fort ou chuchoter dans les corridors;
  » Utiliser des chaussures adaptées (semelles caoutchoutées);
  » Déplacer doucement le matériel bruyant, bien huiler les roues d'appareil et de chariot.

- **Bruit au poste des infirmières en soirée et la nuit**
  » Utiliser un écrase-pilules plus silencieux;
  » Mettre les alarmes sur le mode vibration;
  » Baisser la sonnerie du téléphone, du télécopieur;
  » Réduire le son des cloches d'appel;
  » Rappeler au personnel de parler à voix basse.

- **Vérifier la possibilité de conflits avec les compagnons de chambre et pouvant avoir un impact sur le sommeil et le repos**



ÉVALUATION CLINIQUE SPÉCIFIQUE

Évaluation par les membres de l'équipe multiprofessionnelle en collaboration avec l'équipe soignante.

1 ÉLÉMENTS PHYSIQUES

- **Observer et consigner au dossier les éléments problématiques du sommeil, à l'aide d'une grille horaire du sommeil (cf. annexe 2)**
  - Circonstances et fréquence du sommeil interrompu;
  - Difficulté à s'endormir, éveils fréquents pendant la nuit, éveil prématuré le matin (selon les habitudes de la personne);
  - Spasmes aux jambes;
  - Dyspnée, toux, ronflement, anxiété, apnée ou respiration laborieuse;
  - Prurit, sueurs nocturnes;
  - Somnolence diurne et fatigue.

- **Déterminer la forme d'insomnie à partir des données recueillies**
  - **Insomnie intermittente** (endormissement facile, mais un maintien difficile du sommeil);
  - **Insomnie initiale** (difficulté d'endormissement, mais sans trouble de maintien du sommeil);
  - **Insomnie de fin de nuit** (réveils involontaires et prolongés du matin).
    (Définir sa durée, si ≥ 1 mois = subaiguë ou chronique, et si le problème était présent avant l'hospitalisation)

- **Identifier les problèmes médicaux pouvant causer de l'insomnie**
  - Asthme, bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO);
  - Insuffisance cardiaque, tachycardie, angine cardiaque, hypertension;
  - Reflux gastro-oesophagien, ulcère duodénal, troubles gastro-intestinaux;
  - Trouble dépressif, trouble anxieux, trouble bipolaire, assuétude aux drogues ou à l'alcool, douleur, troubles cognitifs;
  - Stress, deuils ou pertes multiples, peur de mourir, anticipation d'une nuit sans sommeil.

- **Vérifier si l'action des médicaments (produits) peut nuire au sommeil et au repos**
  - Anticholinergiques : hyperréflexie, suractivité, contractions musculaires;
  - Barbituriques : élimination du sommeil paradoxal, cauchemars, hallucinations, réactions paradoxales;
  - Benzodiazépines : réveil causé par l'apnée, sommeil léger;
  - Bêtabloquants : cauchemars;
  - Diurétiques : polyurie nocturne, apnée du sommeil causée par l'alcalose;
  - Antidépresseurs : mouvements involontaires des membres, élimination du sommeil paradoxal, cauchemars;
  - Lévodopa, théophylline, isoprotérénol, phénytoïne : prolongation de la période d'endormissement et dérèglement des stades du cycle du sommeil;
  - Corticostéroïdes : agitation, perturbation du sommeil;
  - Boissons stimulantes (café, thé, cola) ou perturbatrices (alcool, drogues).

- **Valider la présence d'un syndrome crépusculaire ou d'une inversion du cycle sommeil-éveil chez une personne atteinte de démence**
  - Manifeste de l'agitation et de l'anxiété dès la fin de l'après-midi et en début de soirée (au coucher du soleil);
  - Se lève la nuit, erre dans les corridors, cherche à entrer dans les chambres ou à partir;
  - Peut devenir agitée si l'on insiste trop pour la ramener dans sa chambre.

2 ÉLÉMENTS PSYCHOSOCIAUX ET HABITUDES DE VIE

- **Constater les effets de l'insomnie sur les AVQ et l'humeur**
  - » Humeur habituelle avant et depuis insomnie;
  - » Perception du problème;
  - » Impact dans les AVQ;
  - » Présence d'inconfort ou d'anxiété.

- **Rechercher la présence d'éléments dépressifs**
  - » **Signes physiques** : diminution de l'appétit, perte de poids, fatigue avec impact sur les activités;
  - » **Signes liés à l'humeur** : anxiété, tristesse, manque de réaction, irritabilité, perte d'intérêt, plaintes somatiques, autodépréciation, souhait passif de mort, idées suicidaires;
  - » **Signes liés au comportement** : apathie, agitation.

3 ÉLÉMENTS ENVIRONNEMENTAUX ET MATÉRIEL ADAPTÉ

- **Identifier les éléments inhabituels de l'environnement pouvant perturber le sommeil**
  - » Environnement peu familier, menaçant, désorientation importante;
  - » Sources d'inconfort physique (cathéters, prises de signes vitaux, ponction veineuse, etc.);
  - » Environnement bruyant (près d'une cage d'ascenseur, aire ouverte) ou appareillages inconnus.

INTERVENTIONS PRIORITAIRES

En plus des éléments de l'intervention systématique, entreprendre les actions suivantes et assurer l'application des recommandations formulées par les membres de l'équipe multiprofessionnelle.

1 ÉLÉMENTS PHYSIQUES

- **En cas de problème d'hygiène de sommeil** (selon la grille d'observation du sommeil à l'annexe 2)
  - » Limiter progressivement les siestes jusqu'à une seule qui ne dépasse pas 40 minutes, aucune sieste après 16 h;
  - » Éviter toute exposition à une source lumineuse intense (télé, ordinateur) une heure avant le coucher;
  - » Développer une routine et s'abstenir d'absorber des stimulants et des repas copieux avant de se coucher;
  - » Conseiller à la famille de marcher avec la personne en soirée (exercice physique bénéfique);
  - » Revoir le positionnement au lit, l'ajout d'oreillers ou le matelas adapté (ergothérapeute);
  - » Conseiller de se coucher seulement lorsqu'on ressent la fatigue ou l'envie de dormir;
  - » Rassurer la personne atteinte de démence et la réorienter au besoin;
  - » Se relever du lit si on ne parvient pas à s'endormir et essayer une activité de détente et retourner se coucher dès que le sommeil se fait sentir.

- **Traiter de façon optimale les problèmes et les maladies sous-jacentes**
  - » Douleur, nycturie, insuffisance cardiaque, MPOC, reflux gastro-œsophagien, dépression-anxiété, abus de substance.

- **S'il y a usage de médication**
  - » Planifier de préférence les diurétiques en matinée ou 4 h (au maximum) avant le coucher;
  - » Utiliser les somnifères ou les benzodiazépines pour une courte période de temps, en expliquer les raisons;
  - » Revoir les posologies des médicaments : dose et horaire d'administration;
  - » Évaluer les interactions médicamenteuses.

- **En présence d'un syndrome crépusculaire chez une personne atteinte de démence**
  - Aménager un environnement sécuritaire (porte codée, sinon utiliser le bracelet anti-fugue);
  - Déterminer l'heure à laquelle la personne s'agite et intervenir de 30 à 45 minutes auparavant (souvent l'agitation débute aux mêmes heures, d'une journée à l'autre);
  - Identifier les signes avant-coureurs d'une escalade d'agitation et intervenir avant leur manifestation :
    - Marche de plus en plus,
    - Marmonne ou parle de plus en plus fort,
    - Circule près de la sortie, essaie d'ouvrir la porte ou demande aux passants de l'aider,
    - Semble chercher quelque chose, entre dans les chambres, fouille à l'occasion, peut accumuler des objets,
    - Peut hausser le ton avec les autres résidents ou les soignants;
  - Réduire le plus possible les stimuli dans l'environnement (bruit ambiant, éclairage…);
  - Répondre aux besoins de base : amener la personne à la toilette, proposer une collation substantielle (sandwich, lait) et sécuriser la personne;
  - Utiliser la diversion (efficace avec la personne ayant un déficit d'attention), lui parler de souvenirs anciens ou l'amener avec nous pour effectuer une autre tâche (lui changer les idées);
  - Amener la personne près du poste et lui offrir de dormir dans un fauteuil (besoin de sécurité);
  - Demander aux proches de planifier un horaire de visite afin d'offrir une présence sécurisante au chevet, plus particulièrement lors des moments d'agitation.

2 ÉLÉMENTS PSYCHOSOCIAUX ET HABITUDES DE VIE

- **Fournir de l'information sur les différentes techniques de relaxation**

3 ÉLÉMENTS ENVIRONNEMENTAUX ET MATÉRIEL ADAPTÉ

- **Si l'environnement est perçu comme dérangeant ou menaçant**
  - Fournir des explications simples pour tous les traitements ou nouveaux appareillages;
  - Réduire dès que possible les cathéters, solutés, drains, sondes.

ÉVALUER : CES INTERVENTIONS SONT-ELLES EFFICACES?

AUGMENTATION DES HEURES DE SOMMEIL DE QUALITÉ?



OUI

Poursuivre ces interventions et noter les résultats. Si la situation s'améliore grandement, réajuster au besoin les interventions de soins.

NON

- CE PROBLÈME S'INSCRIT-IL DANS UNE PLURIPATHOLOGIE?
- Y A-T-IL UNE COMPLEXITÉ ÉLEVÉE?
- EST-CE LE MOMENT DE FAIRE APPEL À L'EXPERTISE DE LA GÉRIATRIE?

- **ALERTE :** faire appel à l'équipe spécialisée et passer au PALIER SPÉCIALISÉ.

ÉVALUATION CLINIQUE SPÉCIALISÉE

Évaluation par l'équipe spécialisée (pneumologue, psychiatre, gériatre, neurologue, pharmacien spécialisé, etc.) en collaboration avec l'équipe multiprofessionnelle et l'équipe soignante.

- **Signes laissant présager un désordre respiratoire pendant le sommeil**
  - » Ronflements, réveil en suffoquant, apnées de 10 secondes et plus, endormissement involontaire pendant le jour;
  - » Présence de facteurs de risque spécifiques : hypertension, large circonférence du cou (homme > 40,64 cm, femme > 35,56 cm), obésité, anormalité anatomique des voies respiratoires, insuffisance cardiaque, fibrillation auriculaire, AVC, maladie neuromusculaire.

- **Signes laissant présager un désordre comportemental du sommeil REM**
  - » Début dramatique de rêves effrayants, rêves vivides et intenses;
  - » Comportements brusques ou cris;
  - » Risque de blessures infligées involontairement au partenaire de lit, mouvements incontrôlés;
  - » Auto-blessure durant le sommeil;
  - » Chutes du lit.

- **Signes laissant présager un syndrome des jambes sans repos**
  - » Plainte de sensations désagréables aux jambes combinées à une urgence ou à un besoin de bouger les jambes;
  - » Sensations principalement ou seulement au repos et s'atténuant par le mouvement;
  - » Sensations souvent pires pendant la soirée ou durant la phase d'endormissement.

- **Signes laissant présager un désordre du mouvement périodique des membres**
  - » Présence d'épisodes périodiques répétés de mouvements stéréotypés des membres au cours du sommeil.

INTERVENTIONS PRIORITAIRES

En plus d'assurer l'application des éléments de l'intervention spécifique, entreprendre les actions suivantes et assurer l'application des recommandations formulées par les membres de l'équipe spécialisée.

- **Étude du sommeil**
  - » Avant de demander une étude du sommeil (polysomnographie en clinique de sommeil par exemple), le patient doit subir une évaluation clinique par le médecin traitant pour évaluer les possibilités diagnostiques;
  - » S'assurer d'une réévaluation régulière par le médecin après la consultation initiale.

ÉVALUER : CES INTERVENTIONS SONT-ELLES EFFICACES?

AUGMENTATION DES HEURES DE SOMMEIL DE QUALITÉ?



OUI	NON
Poursuivre ces interventions et noter les résultats. Si la situation s'améliore grandement, réajuster au besoin les interventions de soins.	**ALERTE** : le médecin traitant, les consultants et les intervenants concernés de près devront envisager des mesures palliatives adaptées pour le long terme (PII).

AUTEURS

MONIQUE BOURQUE, INF., M.A.
Conseillère clinicienne en soins infirmiers, Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
Conseillère clinicienne en soins infirmiers gériatriques, Centre d'expertise en santé de Sherbrooke
Professeure associée, École des sciences infirmières, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

LINDA THIBEAULT, INF., M.SC.
Diplôme de deuxième cycle en études interdisciplinaires sur la mort
Conseillère en soins spécialisés en gérontopsychiatrie
Institut universitaire de gériatrie de Montréal

MARIE-JEANNE KERGOAT, M.D., CCFP, FCFP, CSPQ
Gériatre
Chef du Département de médecine spécialisée
Institut universitaire de gériatrie de Montréal
Directrice du programme réseau de résidence en gériatrie du Québec
Professeure titulaire, Faculté de médecine, Université de Montréal
Chercheuse, Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal

JEAN-FRANÇOIS GAGNON, PH.D.
Neuropsychologue
Professeur régulier
Département de psychologie, Faculté des sciences humaines, Université du Québec à Montréal
Chercheur
Centre d'études avancées en médecine du sommeil, Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal

DIANE BOYER, M.SC. (PS-ÉD), MAP
Coordonnatrice, projet « Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier »,
Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke,
Institut universitaire de gériatrie de Montréal
Coordonnatrice promotion de la santé et transfert des connaissances,
Institut universitaire de gériatrie de Montréal

BIBLIOGRAPHIE

Cette bibliographie est classée par ordre alphabétique d'auteurs. Elle comprend les références des documents qui ont inspiré la réflexion des membres du groupe et ont abouti à la création de cette fiche thématique sur le risque d'insomnie.
La bibliographie a été réalisée à partir d'une sélection d'ouvrages, d'articles, de rapports (résultats d'études d'instituts de recherche…).
La recherche de données probantes a été privilégiée.

Alessi, C. A., & Schnelle, J. F. (2000). Approach to sleep disorders in the nursing home setting : review article. *Sleep Medicine Reviews,* 4(1), 45-56.

American Academy of Sleep Medicine. (2005). *International classification of sleep disorders : diagnostic and coding manual* (2 ed.). Westchester: AASM, 293 p.

American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux / APA; traduit de l'anglais par Julien Daniel Guelfi, Marc-Antoine Crocq et al.* (4 ed.). Paris; Washington, DC: Masson; APA, 1065 p.

Ancoli-Israel, S., Martin, J. L., Kripke, D. F., Marler, M., & Klauber, M. R. (2002). Effect of light treatment on sleep and circadian rhythms in demented nursing home patients. *Journal of the American Geriatrics Society,* 50(2), 282-289.

Cruise, P. A., Schnelle, J. F., Alessi, C. A., Simmons, S. F., & Ouslander, J. G. (1998). The nighttime environment and incontinence care practices in nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society,* 46(2), 181-186.

Drake, C. L., Roehrs, T., & Roth, T. (2003). Insomnia causes, consequences, and therapeutics : an overview. *Depression & Anxiety,* 18(4), 163-176.

Evans, L. K. (1985). Sundown syndrome in the elderly : a phenomenon in search of exploration. *Center for the study of aging newsletter,* 7(3), 7.

Fetveit, A., & Bjorvatn, B. (2002). Sleep disturbances among nursing home residents. *International Journal of Geriatric Psychiatry,* 17(7), 604-609.

Hottin, P. (2001). L'insomnie chez la personne âgée. *Le Médecin du Québec,* 36(8), 45-53.

Jacobs, G. D., Benson, H., & Friedman, R. (1996). Perceived benefits in a behavioral-medicine insomnia program : a clinical report. *American Journal of Medicine,* 100(2), 212-216.

Jelicic, M., Bosma, H., Ponds, R. W. H. M. , Van Boxtel, M. P. J., Houx, P. J., & Jolles, J. (2002). Subjective sleep problems in later life as predictors of cognitive decline. Report from the Maastricht Ageing Study (MAAS). *International Journal of Geriatric Psychiatry,* 17(1), 73-77.

Jones, J. E., & Kassity, N. (2001). Varieties of alternative experience : complementary care in the neonatal intensive care unit. *Clinical Obstetrics & Gynecology,* 44(4), 750-768.

Kryger, M. H. , Roth, T., & Dement, W. (2000). *Principles and practice of sleep medicine*. Philadelphia: Saunders, 1336 p.

La Société canadienne du sommeil, & Cote, K. (2003). *Sommeil normal et hygiène du sommeil*. Westmount, Québec: La Société Canadienne du Sommeil, 2 p.

Léger, D., Stal, V., Guilleminault, C., Raffray, T., Dib, M., & Paillard, M. (2001). Les conséquences diurnes de l'insomnie : impact sur la qualité de vie. *Revue neurologique,* 157(10), 1270-1278.

Lorrain, D., & Boivin, D.-B. (2007). Troubles du sommeil. In M. Arcand & R. Hébert (Eds.), *Précis pratique de gériatrie* (3 ed., p. 377-399). Acton Vale; Paris: Edisem; Maloine.

Martin, J., Shochat, T., & Ancoli-Israel, S. (2000). Assessment and treatment of sleep disturbances in older adults. *Clinical Psychology Review,* 20(6), 783-805.

McDowell, J. A., Mion, L. C., Lydon, T. J., & Inouye, S. K. (1998). A nonpharmacologic sleep protocol for hospitalized older patients. *Journal of the American Geriatrics Society,* 46(6), 700-705.

Morin, C. M., & Espie, C. A. (2003). *Insomnia : a clinical guide to assessment and treatment*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 190 p.

Morin, C. M., Hauri, P. J., Espie, C. A., Spielman, A. J., Buysse, D. J., & Bootzin, R. R. (1999). Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. An American Academy of Sleep Medicine review. *Sleep,* 22(8), 1134-1156.

National Institutes of Health. (1990). The treatment of sleep disorders of older people. *Consensus Statement,* 8(3), 1-22.

Olde Rikkert, M. G., & Rigaud, A. S. (2001). Melatonin in elderly patients with insomnia. A systematic review. *Zeitschrift fur Gerontologie und Geriatrie,* 34(6), 491-497.

Ouellet, N. (2004). Promouvoir de saines habitudes chez les personnes âgées présentant des problèmes de sommeil et de consommation de somnifères. *La Gérontoise,* 15(2), 14-22.

Ouellet, N. (2006). L'hygiène du sommeil. In P. Voyer (Ed.), *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie : une approche adaptée aux CHSLD* (p. 231-238). Saint-Laurent, Québec: Éditions du renouveau pédagogique.

Richards, K., Nagel, C., Markie, M., Elwell, J., & Barone, C. (2003). Use of complementary and alternative therapies to promote sleep in critically ill patients. *Critical Care Nursing Clinics of North America,* 15(3), 329-340.

Richards, K. C., Sullivan, S. C., Phillips, R. L., Beck, C. K., & Overton-McCoy, A. L. (2001). The effect of individualized activities on the sleep of nursing home residents who are cognitively impaired : a pilot study. *Journal of Gerontological Nursing,* 27(9), 30-37.

Vallières, A., Guay, B., & Morin, C. (2004). L'ABC du traitement cognitivo-comportemental de l'insomnie primaire. *Le Médecin du Québec,* 39(10), 85-96.

ANNEXE 1

- **Conseils pour un bon sommeil**
- Allez au lit seulement lorsque vous vous endormez
- Adoptez une routine relaxante avant de vous coucher (e. g. prendre un bain).
- Établissez un bon environnement de sommeil avec des distractions limitées (bruit, lumière, température).
- Évitez les aliments, boissons et médications qui peuvent contenir des stimulants.
- Évitez l'alcool et la nicotine avant de vous coucher.
- Consommez moins ou pas du tout de caféine.
- Faites de l'exercice régulièrement, mais faites-le le matin ou en après-midi. Le surentraînement n'est pas recommandé.
- Essayez des techniques de relaxation pour vous aider à vous détendre physiquement et mentalement.
- Évitez les siestes en fin d'après-midi ou en soirée.
- Évitez les repas lourds avant de vous coucher.
- Évitez de boire avant de vous coucher.
- Utilisez le lit seulement pour le sommeil ou pour l'intimité (ne mangez pas, ne lisez pas et n'écoutez pas la télévision au lit!).
- Établissez un horaire régulier de lever.

Exemple d'un agenda de sommeil/éveil et d'exercice :

Dans cet exemple, vous pouvez voir comment l'éveil et le sommeil s'influencent mutuellement sur une période de 24 heures. Notre dormeur veille tard la deuxième nuit, mais doit tout de même se lever à la même heure pour aller travailler. Remarquez sa consommation accrue de caféine le jour suivant et l'omission de son exercice quotidien du à la fatigue. Ces comportements durant la journée vont affecter le sommeil de la troisième nuit. Plus le rétablissement d'un horaire régulier veille/sommeil se fera tôt, mieux cette personne dormira la nuit et fonctionnera le jour.

Comment compléter un agenda de sommeil/éveil et d'exercice :

Chaque matin, prenez note de l'heure où vous vous êtes couché et levé, en prenant soin d'indiquer le temps passé hors du lit pendant la nuit. Tout au long de la journée, prenez en note l'heure de vos repas principaux, de la pratique d'exercice et de la consommation de caféine et d'alcool. Continuez de noter vos observations pendant une période de deux semaines pour obtenir un bon aperçu de vos habitudes de sommeil et d'éveil.

	6	8	10	12 (Minuit)	2	4	6	8	10	12 (Midi)	2	4
Jour 1	R		↓			↑		RC		R		X
Jour 2	R			↓		↑		RC		RC		C

Légende: R = repas, C = caféine, A = alcool, X = exercice, S = collation, T = toilette pendant la nuit
N.B.: ↓ indique l'heure du coucher et ↑ indique l'heure du lever. Les lignes foncées représentent le temps endormi.

	6	8	10	12 (Minuit)	2	4	6	8	10	12 (Midi)	2	4
Jour1												
Commentaires:												
Jour2												
Commentaires:												
Jour3												
Commentaires:												
Jour4												
Commentaires:												
Jour5												
Commentaires:												
Jour6												
Commentaires:												
Jour7												
Commentaires:												

Pour la Société canadienne du sommei:l

Kimberly Cote, Ph.D.,

Department of Psychology, Brock University

SOMMEIL NORMAL ET HYGIÈNE DU SOMMEIL



la Société canadienne du sommeil

2003

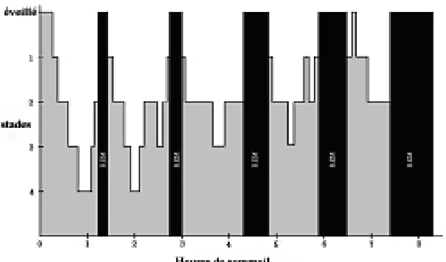
ANNEXE 1

Quelle est la quantité de sommeil nécessaire?

L'être humain s'adapte aux cycles de luminosité et d'obscurité, s'échelonnant sur une période de 24 heures, en utilisant son horloge interne (rythmes circadiens). Cette horloge interne est responsable du fait que l'adulte présente un épisode principal de sommeil par jour, généralement la nuit, dont la durée est d'environ 8 heures (variant de 6 à 9 heures). Chaque personne doit déterminer son propre besoin de sommeil. Pour définir votre quantité de sommeil idéale, portez attention à votre sentiment d'être reposé ou non le matin et d'être alerte durant la journée. Si vous vous sentez fatigué en vous levant le matin peu importe la quantité de sommeil que vous avez obtenue, il serait préférable de consulter votre médecin. Les gens ont tendance à dormir 30 minutes de plus les jours de fin de semaine, ce qui porte à croire qu'ils auraient accumulé un manque de sommeil durant la semaine. Il est important de comprendre qu'il est impossible de «rattraper» le sommeil perdu ou de faire des réserves de sommeil en dormant plus la fin de semaine! En effet, un manque de sommeil au cours d'une nuit aura des répercussions immédiates dès le lendemain (ex: conduite automobile, performance au travail, mémoire et apprentissage). Les travaux de recherche indiquent d'ailleurs que le manque de sommeil nuit au temps de réponse, aux habiletés motrices, à l'acuité visuelle, à la mémoire et à l'attention.

Qu'est-ce qu'une nuit typique de sommeil?

La profondeur et les caractéristiques du sommeil varient de façon prévisible au cours d'une nuit. Les jeunes adultes en bonne santé s'endorment généralement 10 à 20 minutes après avoir éteint les lumières. Par la suite, la nuit est composée de 5 stades de sommeil différents, se produisant en alternance et de façon cyclique. Dès l'endormissement, vos pensées commencent à vagabonder et votre conscience du monde extérieur s'amenuise (ceci s'appelle le stade 1). De 50 à 60% de la nuit est passé en sommeil de stade 2, un stade de sommeil relativement léger (i.e. duquel il est facile de se réveiller). Les stades 3 et 4 sont définis comme étant le sommeil profond car, dans ces stades, il faut un stimulus beaucoup plus intense pour réveiller le dormeur (e. g. des pleurs de bébé ou entendre son propre nom). Les stades 3 et 4 se produisent principalement dans la première moitié de la nuit. Mis ensemble, les stades 1 à 4 représentent le sommeil non-REM. Le sommeil REM (de l'anglais rapid eye movement, aussi appelé le sommeil paradoxal) survient approximativement à toutes les 90 minutes au cours de la nuit. On peut ainsi s'attendre à 4 à 5 épisodes de sommeil REM par nuit. Le premier épisode de sommeil REM est généralement très court, durant moins de 10 minutes, tandis que le dernier épisode peut durer plus d'une heure. La majorité du sommeil REM se produit donc dans la deuxième moitié de la nuit. Même si le rêve ou l'imagerie mentale surviennent dans chaque stade du sommeil, c'est le sommeil REM qui leur est le plus souvent associé; entre autre parce que c'est dans ce stade que nos rêves les plus marquants et les plus bizarres se produisent. L'histogramme présenté ci-dessous illustre comment un jeune adulte en bonne santé traverse les différents stades de sommeil au cours d'une nuit typique.



Les changements du sommeil au cours de la vie

La distribution et la durée du sommeil changent considérablement avec l'âge. Un nourrisson peut dormir jusqu'à 16 heures par jour! Les adolescents dorment en moyenne 9 heures, quoiqu'ils préfèrent aller au lit plus tard et se lever plus tard que l'horaire type de 23h à 7h. Ce transfert vers une heure de coucher plus tardive est normal chez les adolescents. Cependant, l'horaire scolaire nuit à ce patron de sommeil. Par conséquent, plusieurs adolescents présentent un manque de sommeil chronique. Le sommeil chez l'adulte peut être bien organisé et efficace (cela signifie qu'ils dorment à des heures régulières, qu'ils s'endorment rapidement et qu'ils ont très peu d'éveils pendant la nuit). Cependant, des facteurs liés au style de vie et aux comportements, ainsi que des mauvaises habitudes de sommeil, peuvent perturber le sommeil d'adultes généralement en bonne santé. À un âge plus avancé, le sommeil est de plus courte durée (en moyenne 6 heures), le sommeil profond occupe moins de temps, les éveils nocturnes sont plus fréquents et de plus longue durée, et l'on observe une tendance à faire la sieste durant la journée. Les personnes âgées préfèrent aller au lit plus tôt et se lever plus tôt. Ce transfert vers une période de sommeil plus hâtive est normal pour les adultes âgés. Tout comme l'adolescent ne reste pas au lit plus tard parce qu'il est paresseux, la personne âgée ne va pas au lit plus tôt parce qu'elle n'a rien de mieux à faire: la sélection des moments où l'on dort et de ceux où l'on est éveillé est gouvernée par notre horloge circadienne interne. Si vous trouvez que vous dormez moins qu'auparavant durant la nuit mais que votre fonctionnement diurne n'en est pas affecté, alors il n'y a pas lieu de vous inquiéter à propos de ces changements. Par contre, si la nature fragmentée de votre sommeil ou de longs éveils la nuit vous inquiètent, il n'est pas recommandé de compenser par des siestes.

Que dire des siestes?

La sieste de jour est naturelle pour la plupart des enfants en bas âge. Cependant, vers l'âge de 6 à 12 ans, le sommeil commence à se concentrer en un seul épisode nocturne. La sieste est alors généralement mise de côté jusqu'à l'âge de la retraite. Les siestes sont généralement recommandées seulement pour les gens qui n'ont pas de difficulté à s'endormir ou à rester endormi durant la nuit. Autrement, le temps passé à faire une sieste pendant la journée sera soustrait du temps total de sommeil la nuit venue. La durée optimale d'une sieste, que ce soit pendant le jour ou pendant le travail (pour les travailleurs à horaire rotatif), est de 10 à 20 minutes. Une durée de 20 minutes est suffisante pour se sentir reposé, et assez courte pour ne pas interférer avec le sommeil nocturne ou la vigilance au travail après le réveil. Si vous avez de la difficulté à fonctionner durant la journée sans une longue sieste, et ce, malgré de longues heures de sommeil la nuit, vous devriez être évalué pour un trouble du sommeil.

Conseils pour une bonne nuit de sommeil

1. *Faites de votre sommeil une priorité*

Dans le monde mouvementé actuel, trop de gens ne prennent simplement pas le temps de dormir suffisamment. Vous laissez-vous assez de temps au lit pour obtenir tout le sommeil dont vous avez besoin? Une bonne façon de prendre conscience de la quantité de sommeil que vous obtenez est de tenir un «agenda du sommeil». Vous pouvez le faire en prenant note de l'heure où vous fermez les lumières et de celle où vous vous levez à tous les jours, en prenant soin de noter tout le temps passé hors du lit pendant la nuit. Notez aussi l'heure de vos principaux repas, l'heure à laquelle vous faites de l'exercice et vos consommations d'alcool ou de caféine. Vous verrez certains patrons se dessiner et ils vous permettront de prédire une bonne ou une mauvaise nuit de sommeil. Règle générale, vous devriez avoir pour objectif de garder un horaire sommeil/éveil régulier. Si vous éprouvez de la difficulté à dormir la nuit, un horaire strict s'avère alors encore plus important. Les personnes qui souffrent d'insomnie devraient essayer de sortir du lit à la même heure chaque matin, même la fin de semaine. Un exemple d'un agenda de sommeil/éveil est inclus dans ce dépliant.

2. *Adoptez une bonne hygiène du sommeil!*

Si vous éprouvez des difficultés à obtenir le sommeil dont vous avez besoin, que vous avez un horaire de travail rotatif ou que vous ne trouvez simplement pas le temps de dormir, alors l' «hygiène du sommeil » est une pratique que vous devriez adopter plus que quiconque.

ANNEXE 2

GRILLE DU SOMMEIL

Nom : **Prénom :** **Date :**

Observez votre rythme de vie et calculez votre temps de sommeil sur 1 mois

	Midi	14h	16h	18h	20h	22h	Minuit	2h	4h	6h	8h	10h	Midi	Durée du sommeil Commentaires

Temps de sommeil moyen :
Le plus :
Le moins :

MODE D'EMPLOI

↓ Heure de coucher **↑ Heure de lever** **//////////////////// Hachurer les périodes de sommeil.**

/////// //// Laisser un blanc pour les périodes de réveil. **■ Marque noire lors d'événements anormaux au cours du somme**

✱Somnolence, coup de pompe, aimerait être allongé, combat le sommeil mais ne peut pas ou ne veux pas dormir.

● Prise de café

Source : Site Web http://eric.mullens.free.fr/. Reproduction autorisée.

REMARQUE:

Des précisions peuvent être consignées, comme les médicaments, le café ou l'alcool en employant leur abréviation respective (m, c ou a). Vous pouvez inscrire les médicaments administrés et des renseignements supplémentaires, par exemple : jambes qui bougent, douleur, etc.

Santé
et Services sociaux
Québec

RISQUE D'INSOMNIE

ÉVALUATION ET INTERVENTIONS SYSTÉMATIQUES	CONSULTATION	ÉVALUATION ET INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES	ÉVALUATION ET INTERVENTIONS SPÉCIALISÉES
ÉLÉMENTS PHYSIQUES			
Sommeil avant et depuis l'hospitalisation • Heure du coucher et du lever, et rituel • Nombre et durée de siestes, les limiter en cas de problème • Somnifère ou autre médication au coucher • Satisfaction du sommeil selon la personne • Impact sur les AVQ et l'humeur		**Préciser le problème de sommeil** • Grille d'observation du sommeil pendant 24 h à 48 h • Caractéristique du sommeil : difficulté à s'endormir, éveils fréquents la nuit, éveil prématuré le matin • Symptômes associés, spasmes aux jambes, agitation, apnée du sommeil, douleur, etc. • Impact sur les AVQ et l'humeur • Impact de la médication sur le sommeil	**Consultations spécialisées** • Appliquer les recommandations • Poursuivre les soins
Problèmes associés : les identifier et les résoudre • Nycturie ou incontinence la nuit • Douleur, statut respiratoire, mouvements durant le sommeil, médicaments perturbant le sommeil • Anxiété, préoccupations	**Pharmacien, psychologue** si jugé nécessaire		
Hygiène de sommeil • Installer le patient confortablement • Regrouper les soins, les traitements et la médication pour favoriser un temps maximal de sommeil • Réduire au minimum les ordonnances de médication la nuit • Répartir l'hydratation entre 6 h et 18 h	**Ergothérapeute, nutritionniste** si jugé nécessaire		
ÉLÉMENTS PSYCHO-SOCIAUX ET HABITUDES DE VIE			
Assistance à la personne avec atteinte cognitive • Répondre en premier lieu aux besoins de base (uriner, boire, manger et se sentir en sécurité) en cas d'errance la nuit			
ÉLÉMENTS ENVIRONNEMENTAUX			
Obstacles environnementaux • Limiter le bruit ambiant • Revoir le positionnement au lit et au fauteuil afin de favoriser le confort • Éclairage tamisé, utilisation d'une veilleuse, etc.	**Ergothérapeute** si jugé nécessaire		